

THÈSE

714

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Arkadjusz KINKULKIN

Né le 5 Septembre 1906 à Wilno (Pologne)

L'EPICONDYLITE

Président : M. CLAUDE, Professeur

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289
PARIS

—
1937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Arkadjusz KINKULKIN

Né le 5 Septembre 1906 à Wilno (Pologne)

L'EPICONDYLITE

Président : M. CLAUDE, Professeur

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

PARIS

—
1937

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Gay)	Obstétrique.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
BULLIARD	Histologie.	MH J. LEVY	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	OBERLING	Anat. pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIE	Chimie biologique
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgic.
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathol. expérimentale
HUGUENIN	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	WILMOTH	Pathol. chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	} Clinique obstétricale.
LIAN	}	SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLERY-RADOT		VELTER	
SEZARY		ECALLE	}
		GUENIOT	
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider notre thèse,
Toute notre gratitude.*

A M. LE DOCTEUR F. COSTE

Médecin de l'Hôpital Cochin
Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
pour l'accueil bienveillant qu'il nous a
réservé dans son service et pour les con-
seils qu'il a bien voulu nous donner,*

Notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Depuis plus d'un demi-siècle (le premier travail sur ce sujet paraissant être celui de Runge en 1873), la question des algies consécutives à l'exercice de certains sports comme l'escrime et surtout le tennis, l'insuccès des divers traitements proposés préoccupent nombre d'auteurs.

Par la suite, des accidents semblables ont été observés dans différentes professions manuelles. Le siège le plus fréquent de ces algies est l'épicondyle huméral, d'où le nom d'épicondylite donné à cette affection par Vuilliet en 1909. Depuis, d'autres localisations ont été décrites, en particulier à la styloïde radiale. Notre maître, le D^r Coste a eu même l'occasion d'observer chez un joueur de tennis une algie équivalente à l'épicondylite siégeant sur l'épitrachée. Cette localisation est particulièrement rare. (Observation 8.)

Il nous a paru intéressant d'étudier cette question si discutée des épicondylites et de résumer nos connaissances actuelles sur ce sujet.

ANATOMIE

Un rapide rappel anatomique de la région épicondylienne n'est pas inutile. Les muscles s'insérant sur l'épicondyle sont au nombre de six :

1. *Le deuxième radial externe.*
2. *Le court supinateur.*
3. *L'extenseur commun des doigts.*
4. *L'extenseur propre du petit doigt.*
5. *Le cubital postérieur.*
6. *L'anconé.*

Le deuxième radial externe

Ce muscle s'insère en haut :

1° Sur l'épicondyle, par un tendon qui lui est commun avec les muscles superficiels de la région postérieure de l'avant-bras;

2° Sur une aponévrose très forte qui s'étale sur sa face postérieure;

3° Sur le ligament latéral externe de l'articulation du coude;

4° Enfin sur une cloison fibreuse qui le sépare de l'extenseur commun des doigts. En bas, il se termine sur l'apophyse postérieure de la base du troisième métacarpien.

Action : il est extenseur de la main sur l'avant-bras.

Le court supinateur

Ce muscle ne s'insère sur l'épicondyle que par quelques faisceaux additionnels. En bas, il se fixe sur la face externe et antérieure du radius depuis le ligament annulaire jusqu'à l'insertion du rond pronateur.

Action : il fait tourner le radius de dedans en dehors. Il est par conséquent supinateur.

Extenseur commun des doigts

Il s'insère, en haut : 1° Sur la face postérieure de l'épicondyle; 2° sur la face profonde de l'aponévrose antibrachiale; 3° sur les cloisons fibreuses qui le séparent de l'extension propre du petit doigt en dedans et du deuxième radial externe en dehors. En bas il se divise en trois faisceaux qui donnent naissance à quatre tendons.

Action : ce muscle est un extenseur des phalanges

les unes sur les autres, des doigts sur le métacarpe, de la main sur l'avant-bras, de l'avant-bras sur le bras.

Extenseur propre du petit doigt

Ce muscle s'insère en haut sur le tendon épicondylien, en bas sur les deux dernières phalanges en fusionnant avec le tendon de l'extenseur commun.

Action : la même que celle de l'extenseur commun.

Le cubital postérieur

Il s'insère en haut : 1° Sur le tendon commun des muscles épicondyliens; 2° sur les cloisons fibreuses environnantes; 3° sur la face profonde de l'aponévrose antibrachiale; 4° sur la face postérieure et le bord postérieur du cubitus. En bas, le tendon se fixe sur le côté externe du cinquième métacarpien.

Action : il est extenseur et adducteur de la main.

L'anconé

Ce muscle s'insère par son sommet sur la partie interne de l'épicondyle. Par sa base, sur le côté externe de l'olécrane et un peu sur le bord postérieur du cubitus.

Action : il étend l'avant-bras sur le bras.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'épicondylite est d'une constance remarquable. Le malade se plaint d'une douleur au coude survenue soit brusquement, soit progressivement pendant une partie de tennis ou d'escrime, soit en exécutant un certain travail professionnel que le malade a l'habitude de faire journellement. Le malade ne souffre pas spontanément, mais la douleur revient chaque fois que le malade veut exécuter un mouvement de son bras atteint. Les mouvements de pronation et de supination sont particulièrement pénibles, ainsi que la préhension des objets. Certains malades n'arrivent plus à faire sans souffrir les mouvements les plus usuels de la vie courante (tourner le loquet d'une porte, faire le nœud d'une cravate, porter une cafetière). Tous les auteurs sont d'accord sur la rareté des signes objectifs. On a noté dans quelques cas seulement l'existence d'un œdème fugace de la région épicondylienne et dans un cas seulement on a constaté une contusion de la région. La palpation montre l'existence d'un point douloureux à la partie postéro-externe du coude. Selon les auteurs, le maximum de la douleur a été localisé :

- 1° A la pointe de l'épicondyle (par la majorité);
- 2° Dans la région postérieure de l'épicondyle (Fischer);
- 3° Dans sa partie antérieure (Vuillet, Tavernier);
- 4° à l'interligne radio-humérale (Trethowan, Bankart);
- 5° Au-dessus de l'épicondyle (Bertocchi, Ogilvie);
- 6° A l'articulation radio-cubitale.

Chez une série de vingt-deux malades observés par Cyriax, dans vingt cas la douleur maxima est localisée à la région antérieure de l'épicondyle, deux fois à son sommet. Chez la plupart des malades, l'interligne radio-humérale est sensible à la palpation, mais la tête radiale est toujours indolore. Parfois, la palpation provoque une irradiation douloureuse le long du groupe musculaire antéro-externe de l'avant-bras jusqu'au poignet et même dans les doigts. Une palpation correcte montre que ce n'est jamais l'os lui-même qui est douloureux mais l'insertion sur l'épicondyle du tendon des muscles épicondyliens.

L'examen radiologique est toujours négatif dans les cas récents. Dans quelques cas rebelles, on a noté l'existence d'un certain épaississement du périoste.

Diverses formes d'épicondylite ont été décrites.

La *forme aiguë* s'observe à la suite d'un traumatisme indirect ou d'un mouvement violent du coude.

La *forme subaiguë* se voit surtout chez les malades jeunes, à la suite d'un traumatisme indirect. Le début est progressif. La douleur apparaît après un exercice vigoureux et réapparaît plus intense à chaque exercice suivant, jusqu'à rendre quelquefois pénible tout mouvement.

La *forme chronique* est fréquente surtout chez les malades âgés.

Cette forme nécessite parfois plusieurs mois pour atteindre son plein développement. Si les signes sont peu intenses, il y a par contre peu de tendance à la guérison spontanée et les résultats thérapeutiques sont décevants.

Il faut enfin séparer l'*épicondylite vraie*, avec douleur strictement localisée à l'épicondyle, due très certainement à une légère désinsertion périostique, par suite d'un effort violent, comparable à la rupture du tendon du sus-épineux dans certaines périarthrites de l'épaule, de l'*algie de la région épicondylienne*. Il s'agit alors de myalgies qui s'observent au niveau du muscle long supinateur ou premier radial. La douleur est moins vive et s'accompagne d'un état de contracture du muscle intéressé. Parfois, il y a même de la cellulite de la région épicondylienne. L'épicondylite est plus fréquente à droite qu'à gauche.

Ce fait est dû très certainement à l'emploi plus fréquent du bras droit. Dans la statistique de Cyriax portant sur vingt malades, quatorze fois l'épicondylite siège à droite, six fois à gauche et une fois elle est bilatérale.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'étiologie de l'épicondylite reste encore obscure. Parmi les causes déterminantes, il faut citer la pratique du tennis ou de l'escrime, ainsi que la répétition d'un geste professionnel, toujours le même. Divers métiers manuels en sont atteints : forgerons, masseurs, blanchisseuses, cordonniers, pianistes, violonistes. En somme, tout ce qui met en jeu des mouvements répétés de l'articulation du coude peut provoquer une épicondylite. Parmi ces mouvements, il semble que certains jouent un rôle prépondérant à l'origine de l'épicondylite. Pour le joueur de tennis, deux coups sont particulièrement importants : le coup droit et le revers. Les mouvements de pronation et de supination rapides que nécessitent ces coups sont effectués dans de mauvaises conditions par des muscles en état de contracture (préhension de la raquette). Il y aurait d'autre part opposition entre le rôle fléchisseur du long supinateur, qui tout en n'étant pas un muscle épicondylien participe à ces mouvements, et la tendance à l'extension forcée de l'avant-bras pendant le jeu. Il en résulterait une distorsion du segment externe de l'articulation du coude qui serait à l'origine des tiraillements sur le périoste.

Preiser a attiré en 1907 l'attention sur le rôle prédisposant du cubitus valgus, mais on ne trouve dans la littérature que de rares observations d'épicondylite (Merlini, Bergmann) où l'existence d'un cubitus valgus a été constatée.

Parmi les causes générales pouvant prédisposer à l'épicondylite, il faut citer le rhumatisme, la goutte. En effet, plusieurs de nos malades présentent des antécédents rhumatismaux. (Obs. n^{os} 4, 5, 6, 9.)

Certains auteurs ont mis en cause la question de l'infection focale. Si cette notion ne s'appuie pas sur des cas concrets en ce qui concerne les épicondylites, le rôle de l'infection focale est indéniable dans nombre de manifestations d'origine infectieuse. Il est curieux de citer à ce propos, sans conclure, le cas de ce malade (obs. 7) qui chaque fois qu'il présente une épicondylite se rend chez son dentiste pour être guéri par un détartrage soigneux et très profond des racines et alvéoles dentaires.

La possibilité d'une origine infectieuse n'est d'ailleurs pas niable. En 1910, Franke dit avoir observé une épicondylite post-grippale. La plupart des auteurs n'en ont jamais rencontré et Boschamer l'estime très rare. Néanmoins, chez une de nos malades (obs. n^o 4), l'épicondylite a débuté pendant une grippe et chez un autre (obs. n^o 8), l'épitrôchlélite a coïncidé avec une poussée de furonculose. L'âge des malades présente une importance certaine. Jamais une épicondylite n'a été observée chez un enfant.

Dubs explique ce fait par la variété des mouvements qu'exécutent les enfants dans leurs jeux. La majorité des cas observés oscille autour de 40 ans. Sur les 47 cas observés par Desplats :

2	ont entre 20 et 30 ans,
9	— 30 et 40 —
25	— 40 et 50 —
8	— 50 et 60 —
3	ont plus de 60 ans.

Sur les vingt cas observés par Cyriax :

un cas	concerne un moins de 20 ans,
2 cas	concernent des malades de 20 à 30 ans,
3 — — —	30 à 40 —
8 — — —	40 à 50 —
5 — — —	50 à 60 —
Un cas	concerne un plus de 60 ans.

L'âge moyen de nos malades (11 cas) est de 45 ans environ. Dans un seul cas, il s'agit d'un moins de 30 ans.

Sur le rôle du sexe, les avis sont partagés. Si Desplats et Bellin du Coteau observent l'épicondylite surtout chez l'homme (47 hommes pour 4 femmes, Desplats), Cyriax trouve sur vingt malades 14 femmes pour 6 hommes seulement.

Les opinions les plus diverses ont été émises sur la pathogénie de l'épicondylite. Tous les éléments locaux furent mis en cause les uns après les autres.

En 1902, Clado attribue la cause à une déchirure musculaire (court supinateur). Preiser en 1907 croit à une inflammation de la capsule radio-humérale ou même à sa déchirure à la suite des traumatismes répétés. Jersin (Genève), parle en 1920 de névralgie épicondylienne. Fischer en 1922 croit qu'il s'agit d'une inflammation des fines terminaisons nerveuses du tissu sous-cutané. Pour Osgood, il s'agit d'une boursite radio-humérale, malgré la rareté des bourses séreuses dans cette région, d'autres parlent encore des déchirures ligamenteuses.

Mouchet ayant observé en 1933 un cas de styloïdite radiale chez une joueuse de tennis, conclut à une périostite, due à des petits arrachements du périoste, ce qui est aussi l'avis de Boschamer (1935). Enfin, H. Pirker (1935) l'attribue au surmenage musculaire et Padovani (1936) à une contracture de certaines masses musculaires.

Il faut encore citer von Goeldel (1921) qui prétend avoir observé 13 cas d'épicondylite idiopathique. Mais ce fait est contesté, non sans raison, par Dubs.

Un dernier partisan d'une cause d'ordre général est Mathez (1928) qui y pense devant l'échec des divers traitements locaux.

Chez plusieurs de nos malades, divers examens sérologiques ont été pratiqués. Ils sont toujours été négatifs (B. Wasserman, gono, staphylo et strepto-

réactions, Besredka). Ceci est encore en faveur d'une cause locale. Cette cause locale ne peut être que le traumatisme.

Le traumatisme direct unique de la région épicondylienne est rare. Dubs en 1920 relève sur 8 cas observés 3 traumatismes directs. Von Goeldel trouve sur 22 cas six fois un traumatisme direct à l'origine. Parmi les statistiques récentes comme celle de Cyriax (1936), sur vingt observations, il n'existe pas un seul cas dû à un traumatisme direct.

Le traumatisme indirect joue un rôle certainement plus important. Dubs le retrouve quatre fois sur huit observations, Cyriax cite un cas où la chute sur la main a provoqué une épicondylite.

Mais la véritable cause de l'épicondylite paraît être le micro-traumatisme répété, jouant peut-être dans certains cas un rôle de fixation, générateur à la longue d'une ténopériostite vraie, décélable à l'examen histo-pathologique. Il reste néanmoins le fait que dans certaines épicondylites, toute notion de traumatisme est absente. Parfois encore, ils sont associés à d'autres localisations rhumatismales.

Beaucoup d'auteurs attribuent l'origine de l'épicondylite au surmenage du groupe musculaire épicondyléen et partant de cette idée, ont préconisé comme traitement le repos ou même l'immobilisation plâtrée du coude. Il semble bien que ce surmenage ne soit autre chose qu'une suite des micro-trauma-

tismes exercés sur la surface d'insertion épicondylienne par des tiraillements musculaires répétés et plus ou moins forts qui, à la longue, provoquent une téno-périostite. Effectivement, Thomsen ayant prélevé chez un malade un morceau du tendon de l'extenseur commun des doigts, a trouvé à l'examen histologique un élément inflammatoire chronique avec infiltration péri-vasculaire de cellules rondes et des petits leucocytes.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Spontanément, sans être traitée, l'épicondylite évolue vers la guérison dans un délai de huit à quatorze mois (Cyriax). On a cité des cas particulièrement légers n'ayant duré que quelques jours. Par contre, on connaît des formes rebelles ayant duré plus de trois ans.

Classiquement, l'épicondylite ne récidive pas. Une enquête faite parmi des sportifs qui en ont présenté, ainsi que parmi les auteurs, qui en ont été atteints eux-mêmes, prouve l'absence de toute récurrence après un délai allant dans un cas jusqu'à 27 ans. Une réserve doit être faite sur ce point. Un de nos malades (obs. n° 7), a présenté une épicondylite à cinq à six reprises différentes.

TRAITEMENT

La variété des traitements proposés prouve leur peu d'efficacité. Les premières épicondylites ont été traitées par des courants galvaniques ou paradiques, par le repos, bandages, bains chauds, air chaud, révulsion locale (teinture d'iode, vésicants). Vuilliet traite ses malades par des injections d'alcool. Mathez leur applique des pommades ichtyolées et leur fait absorber de la vitamine D sous forme d'huile de foie de morue phosphorée. En 1926, Cluzet tient à faire connaître les bons résultats obtenus par lui dans le traitement des épicondylites par la radiothérapie associée à la diathermie.

Hohmann en 1928 propose une intervention chirurgicale consistant dans la désinsertion du tendon des muscles épicondyliens.

Le massage a des adversaires (Vuilliet, V. Goedel, Bergmann, Hohmann) et des partisans (Rivière, Bähr, Clado, Preiser, Cooke). Bankart et Tucker conseillent même des massages très appuyés. Certains auteurs anglais, en particulier Mills, proposent la mobilisation du coude. Cyriax préconise une méthode personnelle qui est une mobilisation associée à un

massage de la région épicondylienne. Cette méthode lui a donné, paraît-il, de nombreux succès. L'immobilisation du coude par des attelles ou un appareil plâtré a donné des résultats favorables à certains (Boschamer, Padovani).

La méthode de Leriche (infiltrations de novocaïne) a donné satisfaction à son auteur, ainsi qu'à Massart. Par contre, Tavernier enregistre des échecs, ainsi que nous-mêmes. Dans ces dernières années, nombre de travaux ayant été faits sur l'application de l'histamine dans la thérapeutique des diverses affections rhumatismales, ainsi que dans certaines névralgies, notre maître, le D^r Coste, a pensé d'appliquer les propriétés révulsives et vasodilatatrices de l'histamine au traitement des épicondylites. La technique en est la suivante: on fait autour de l'épicondyle des injections d'un quart à un demi-milligramme de bichlorhydrate d'histamine dilué dans un cent. cube de sérum physiologique. Les injections se font soit intradermiques, soit directement sur le périoste. Ces dernières ont donné des résultats plus rapides. Dans les cas favorables, deux à quatre injections à quelques jours d'intervalle suffisent. Enfin, dans certains cas où l'épicondylite est associée à d'autres manifestations rhumatismales ou infectieuses (obs. n° 8), il n'est pas sans intérêt de compléter le traitement local par un traitement général sous forme de rubiazol (sulfate de diamino-chrysoïdine) per os.

En résumé, il faut dire que le traitement de l'épicondylite est souvent décevant. Tous les traitements ont des succès à leur actif. Dans les cas légers, le repos et la chaleur suffisent quelquefois; dans les formes subaiguës, il faut avoir recours aux injections de novocaïne ou d'histamine, qui nous a donné plusieurs succès.

La radiothérapie améliore parfois cette forme d'épicondylite. Il faut employer de petites doses (50 à 100 R), sur une petite surface d'irradiation (50 à 75 cm²), par séries de 5 à 10 séances de traitement avec repos de trois à quatre semaines entre les séries.

Il faut réserver l'immobilisation pour les cas suraigus ou rebelles aux traitements sus-nommés. Les indications de l'intervention chirurgicale sont les mêmes. L'immobilisation plâtrée présente l'inconvénient d'obliger le malade à interrompre ses occupations habituelles pendant un certain laps de temps (10 à 20 jours), et en plus donne lieu quelquefois à une certaine atrophie musculaire. L'opération (de Hohmann), bénigne par elle-même et ne nécessitant pas l'alitement, a l'inconvénient de laisser une cicatrice, considération qui a sa valeur chez les femmes. Elle laisse aussi parfois des séquelles douloureuses dans les muscles de l'avant-bras (obs. n° 2'), persistant pendant des mois, et une difficulté de réadaptation à certains mouvements (supination).

Enfin, il ne faut pas négliger le traitement anti-infectieux lorsqu'une telle cause est à soupçonner.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Nar. L., 48 ans, *typographe* (4621).

Epicondylite droite.

Antécédents: kératite granuleuse. Blennorrhagie non compliquée. Quatre ans avant l'affection actuelle a présenté une douleur tibio-tarsienne à la marche.

Traitement: injection I D d'histamine, la douleur réapparaît après 48 heures de calme.

Trois séances de radiothérapie sans succès.

Une nouvelle I D d'histamine donne une amélioration nette.

Rechute après trois mois de silence. Nouvelle injection d'histamine.

Observation n° 2

Barb. Marie, 46 ans, *relieuse*.

Début brusque en octobre 1936 à la suite d'un

traumatisme direct sur le coude (coup). En même temps, il y a eu un mouvement de supination forcée.

Antécédents: pas de rhumatismes, pas d'angine, pas de pertes blanches.

Traitement: 3 injections I D d'histamine; échec.
5 injections d'histamine sur le périoste; échec.
Ensuite, infiltration de novocaïne sans plus de succès.

Après, sept séances de ionisation iodurée.

Légère amélioration.

Enfin, désinsertion musculaire par le D^r Gentil (Service P^r Mathieu).

La malade a été revue le 12 mai 1937. Elle ne souffre plus, mais se plaint d'une certaine difficulté des mouvements de supination. La palpation révèle une certaine sensibilité musculaire dans la portion moyenne de la région externe de l'avant-bras.

Observation n° 3

Fir. M., 50 ans, cordonnier (4933).

Vient consulter le 25 janvier 1937 pour une douleur localisée à la région externe du coude droit, qui le gêne dans son travail.

Antécédents: pas d'affection notable, mauvaise dentition.

Deux enfants bien portants.

Examen: la douleur est nettement localisée à l'épicondyle droit.

A reçu en tout quatre injections d'histamine.

A été revu le 2 mars 1937.

La douleur est complètement disparue.

Obervation n° 4

F. M., 49 ans, institutrice.

Fin janvier 1935, pendant une grippe, la malade a ressenti une douleur au coude droit en faisant manœuvrer la tige de la grille d'un poêle. La douleur, vive pendant quelques jours, s'atténue sous l'influence du traitement (chaleur, révulsifs), mais persiste pendant plus de trois mois. Difficultés d'exécution de certains mouvements: tenir le porte-plume, jouer du piano, couper du pain.

Actuellement: mai 1937. Pas de troubles subjectifs, mais la palpation est nettement douloureuse à la face antérieure de l'épicondyle droit.

Antécédents: scarlatine à 16 ans, sans complications. Nombreuses angines; deux enfants bien portants.

Observation n° 5

Ber. Ab., 53 ans, médecin (25-5-37).

A présenté pendant l'hiver 1935 une *épicondylite droite*, ayant duré six semaines. Les mouvements, en particulier les mouvements de flexion et d'extension, ainsi que la préhension des objets, étaient pénibles et douloureux. La douleur s'irradiait dans la région externe de l'avant-bras.

Antécédents: depuis six ans, le malade présente des douleurs tantôt dans la région lombaire, tantôt aux articulations du coude ou de l'épaule et dernièrement à la hanche gauche et à la face antéro-externe de la cuisse gauche.

Blennorragie à 17 ans, sans suites, sciatique droite subaiguë en 1917.

Poussée de furonculose en 1936, paraissant intriquée aux accidents rhumatismaux. Pas de troubles digestifs.

A l'examen: épicondyle droit indolore à la palpation.

Légères déformations du pouce gauche et de l'index droit (Heberden).

Traitement: l'épicondylite a été traitée par des analgésiques.

Examens: urée sanguine, 0, 27,
glycémie — 0,99,
uricémie — normale.

Observation n° 6

Char. Al., 61 ans, ménagère (4139).

Travail à faire des ménages.

Epicondylite droite.

En même temps, douleurs aux poignets et dans les phalanges. Quelques troubles digestifs. Céphalée persistante.

Antécédents: plusieurs atteintes rhumatismales (genoux et hanches).

Traitement: novocaïne (une injection). Après une accalmie de deux jours, souffre comme avant.

Amélioration notable par radiothérapie.

Sérologie négative.

Observation n° 7

Homme, 53 ans.

Epicondylite typique apparue et rechutant sous l'influence du tennis.

Aucun symptôme associé.

Pas de goutte, ni d'état goutteux.

Bonne dentition.

A chaque rechute, guérison « comme avec la main » par un nettoyage très soigneux (2 à 3 séances) du collet des dents (5 à 6 expériences).

Observation n° 8

Dil., 27 ans, tennisman.

Epitrochléite de joueur de tennis (mouvement de revers).

L'épitrochléite se produit pendant une poussée de furonculose.

Guérison rapide par traitement au Rubiazol et injections I D d'histamine (deux) simultanément.

Observation n° 9

M^{me} Dej., 33 ans.

Simultanément: *Entorse* du genou (on avait cru à un ménisque). Guérie par une I D.

Epicondylite de tennis guérie par une I D, mais la douleur émigra vers le corps charnu des muscles supinateurs; guérison définitive par une nouvelle I D.

Douleur sous la tête du 4^e métatarsien (rien à la radio); amélioration par une I D.

Observation n° 10

Homme, 43 ans.

Garçon de bureau; fait le ménage chez lui; jardine.

Myalgie des supinateurs ou entorse de la cupule radiale.

Crampes douloureuses; douleur à la pression des muscles, et à la pression de la tête radiale.

Echecs de: Novocaïne,

Lipiodol local,

Radiothérapie et pommades radio-actives,

Iode et soufre.

Observation n° 11

Gon., 37 ans, employé du P.-O.

Travaille sur les machines, à enfourner du charbon.

Epicondylite typique. Rien sur le cliché du coude.

Amélioration par ionisation d'histamine.

Pas d'antécédents autres que l'éthylisme normal des cheminots. C'est une forme superficielle des arthropathies professionnelles du coude.

CONCLUSIONS

I. — L'épicondylite, surtout fréquente chez certains sportifs (tennismen, escrimeurs) et chez de nombreux travailleurs manuels, paraît le plus souvent due anatomiquement à une ténopériostite.

II. — Sa cause principale est le microtraumatisme répété, à la longue générateur de cette ténopériostite.

Mais il existe des épicondylites sans cause traumatique et d'origine infectieuse (grippe, furonculose).

Dans d'assez nombreux cas, l'étiologie semble mixte, à la fois micro-traumatique et rhumatismale (infectieuse ou non).

III. — Selon le mécanisme de la production, l'épicondylite se présente en clinique sous plusieurs formes un peu différentes: formes pures, formes associées à d'autres algies, formes strictement limitées à l'épicondyle, ou algies plus étendues de la région épicondylienne.

Enfin, il existe, très comparables à l'épicondylite par leurs symptômes et leurs facteurs étiologiques, des épitrochléites, d'ailleurs beaucoup plus rares.

IV. — Les rapports entre ces algies et les micro-

traumatismes déterminés par les travaux professionnels sont souvent si nets et si précis qu'il y aurait lieu de les considérer comme des véritables maladies du travail et d'envisager leur inscription sur la liste prévue par la loi sur les maladies professionnelles. On peut en effet les assimiler à une forme fruste et superficielle des arthropathies du coude dus aux outils pneumatiques (ou aux travaux de force) et dont la déclaration est aujourd'hui obligatoire aux termes de cette loi.

V. — L'épicondylite a une tendance spontanée vers la guérison, mais son évolution peut être longue et elle représente un facteur d'invalidité souvent très notable.

VI. — On peut utiliser comme traitements médicaux et physiothérapiques les infiltrations novocaïniques locales (souvent inopérantes), les injections I D d'histamine, la radiothérapie locale, etc.

VII. — En cas d'échec du traitement médical, il faut envisager l'immobilisation du coude et l'intervention chirurgicale (opér. de Hohmann), consistant dans la désinsertion des tendons des muscles épicondyliens.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1896. — *Couderc*: « Sur un nouvel accident professionnel des maîtres d'armes ».
Thèse Bordeaux.
1909. — *Vuilliet*: « L'épicondylite ».
(La Semaine Médic. n° 22.)
1911. — *Le Clerc*: « L'épicondylite ».
(La Sem. Médic. n° 23.)
- 1921 (mars). — *L. Carp*: « L'épicondylite de l'humérus ».
- 1921 (mars-avr.). — *L. Tavernier*: « L'épicondylite des sportsmen ».
(Lyon Chirurgical.)
1921. — *F. Desplats*: « L'épicondylite ».
Thèse Lyon.
1923. — *R. Brunet*: Infections d'origine buccale (mise au point des idées américaines sur les infections d'origine apicale).
Thèse Paris.
1925. — *M. Bascou*: Contribution à l'étude de la septicémie d'origine bucco-dentaire.
Thèse Paris.

1926 (mars). — *Y. Cluzet*: Sur l'épicondylite et son traitement par les agents physiques.

(Archives d'Electricité Médicale.)

1928. — *Mathez*: Contribution à l'étude de l'épicondylite et de l'ostéomalacie de l'adulte, remarques sur la coccydynie.

(Revue Médicale de la Suisse Romande.)

1931 (août). — *Conzette*: Essai de pathogénie de l'épicondylite des joueurs de tennis et des escrimeurs.

(Presse Médicale.)

1932. — *W. Knoll*: Sur le coude des joueurs de tennis.

(Schweiz. Mediz. Wochenschrift, n° 28.)

1933 (nov.). — *A. Mouchet*: Styloïdite chez une joueuse de tennis.

(Revue d'Orthopédie.)

1934. — *Boschamer*: Sur les épicondylites humérales et autres périostalgies.

(Münchener Mediz. Wochenschrift.)

1934 (décembre). — *Bellin du Cotteau*: Les « Tennis-elbow ».

(Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale.)

1935 (févr.). — *H. Pirker*: Sur le traitement des épicondylites.

(Münch Mediz. Wochenschrift.)

1935. — *Richarz*: Sur la radiothérapie des épicondylites.

(Münch Mediz. Wochenschrift.)

1935. — *R. Massart*: L'épicondylite des joueurs de tennis.

(Presse Médicale.)

1935. — *F. Coste et Y. Fauvet*: Le « forage médical » de la hanche.

(Presse Médicale.)

1935. — *W. Thomsen*: Sur le bras du tennis (Épicondylite humérale).

(Münch Mediz. Wochenschrift.)

1936 (janv.). — *Leriche*: A propos du traitement par infiltrations novocaïniques des épicondylites du coude.

(Presse Médicale.)

1936 (janv.). — *L. Tavernier*: Sur le traitement de l'épicondylite par infiltration de novocaïne.

(Presse Médicale.)

1936 (janv.). — *E. Ficher*: Sur le traitement des épicondylites par la radiothérapie.

(Münch Mediz. Wochenschrift.)

1936 (janv.). — *F. Halla*: Tennis-arm-épicondylites.

(Münch. Mediz. Wochenschrift.)

1936 (févr.). — *R. Massart*: A propos du traitement des épicondylites par infiltrations de novocaïne.

1936 (oct.). — *Cyriax*: Pathologie et traitement du tennis-elbow.

(Journ. Bone and Joint Surgery.)

1936 (nov.). — *P. Padovani*: Les algies apophysaires du coude.

(La Médecine.)

1937 (janv.). — *M. Perrault*: L'histamine, sa constitution, ses origines, son action.

(Progrès Médical.)

1937 (janv.). — Etudes cliniques et thérapeutiques sur l'histamine.

(Progrès Médical.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	P
Anatomie	11
Symptomatologie	15
Etiologie et pathogénie	19
Evolution et pronostic	25
Traitement	27
Observations	31
CONCLUSIONS.	39
BIBLIOGRAPHIE	41

